



## Cantine scolaire Croq'Bourdons de Lully et Tolochenaz



### Prise de médicament(s) aux heures des repas

A compléter et à joindre au formulaire d'inscription au plus tard une semaine avant la rentrée scolaire en cas de **prise régulière de médicaments**

Ou à joindre au(x) médicament(s) en cas de **prise ponctuelle**

**Enfant (Nom, Prénom) :** .....

Nom du médicament : .....

Posologie : .....

Effet secondaire possible : .....

Nom du médicament (2): .....

Posologie : .....

Effet secondaire possible : .....

Je déclare par ma signature avoir complété ces informations de manière précise. Par ailleurs, je confirme avoir été rendu(e) attentif(ve) au fait que la responsable de la cantine ou les auxiliaires ne pourront être tenues responsables d'éventuelles conséquences suite à la prise du médicament.

Lieu, date :  
.....

Signature du représentant légal :  
.....